Die medizinische Kinderabteilung

des

Grossherzogl. Universitätskrankenhauses in Rostock während der ersten acht Jahre ihres Bestehens

(1. Oktober 1905 bis 30. September 1913).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ZU ROSTOCK

VORGELEGT VON

ALFRED KOSMOWSKI

AUS POSEN.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

STUTTGART.

DRUCK DER UNION DEUTSCHE VERLAGSGESELLSCHAFT.

1914.

Die medizinische Kinderabteilung

des

Grossherzogl. Universitätskrankenhauses in Rostock während der ersten acht Jahre ihres Bestehens

(1. Oktober 1905 bis 30. September 1913).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ZU ROSTOCK

VORGELEGT VON

ALFRED KOSMOWSKI

AUS POSEN.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

STUTTGART.

DRUCK DER UNION DEUTSCHE VERLAGSGESELLSCHAFT.

1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Herr Professor Dr. H. Brüning.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, Bericht zu erstatten über die Entwicklung der medicinischen Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses vom 1. October 1905 bis 30. September 1913.

Die medicinische Kinderabteilung war früher ein Teil der internen Klinik. Im Juni des Jahres 1905 wurde sie, worauf später zurückzukommen sein wird, von den übrigen Abteilungen der inneren Klinik gewissermaßen als besondere Station abgetrennt. Doch erhielt diese erst im Sommer des Jahres 1909, wenigstens was die ärztliche Versorgung anlangt, völlige Selbständigkeit. Es ist nun ohne weiteres möglich, schon vom Juni des Jahres 1905 an die Entwicklung der Kinderabteilung zu verfolgen. Immerhin beziehen sich meine Ausführungen aber erst auf die Zeit vom 1. October 1905 an, da es im Universitätskrankenhaus üblich ist, das Etatsjahr für die statistischen Unterlagen vom 1. October bis 30. September zu berechnen. Etwas Besonderes wäre auch für die ersten Monate des Bestehens der Abteilung kaum zu erwähnen in Anbetracht der geringen Frequenz und der damaligen außerordentlich primitiven Verhältnisse, unter denen sich die Tätigkeit der Station abspielte.

In der Zeit vom 1. Juni bis 30. September sind nämlich nur 25 Kinder auf der Station, in der Poliklinik dagegen 414 Kinder aller Altersstufen behandelt worden.

Nach diesen kurzen einleitenden Worten werde ich nunmehr die eigentliche Entwicklung der Abteilung schildern und folgende Punkte ausführlich besprechen:

1. Einrichtung der Abteilung.
   a) Klinische Station.
   b) Poliklinik.
2. Die ärztliche Versorgung.

3. Die Versorgung mit Schwestern und sonstigem Pflegepersonal.
4. Die Frequenz.
   a) Klinik.
   b) Poliklinik.
   c) Vorlesungen.
5. Die Mängel, die sich im Laufe der Zeit herausgestellt haben, und die Wünsche, denselben abzuhelfen.

Die medicinische Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses besteht aus der klinischen Abteilung und der Poliklinik. Vor der Schilderung der klinischen Abteilung sei erwähnt, daß bei der Uebernahme der Station die Einrichtung eine außerordentlich dürftige war. So wurden z. B. die Badewannen für die Säuglinge zum Auswaschen der schmutzigen Wäsche benutzt. Im Laufe der Zeit sind jedoch, soweit es die Räumlichkeiten überhaupt zuließen, einige notwendige Verbesserungen vorgenommen worden.

Die klinische Abteilung ist im zweiten Stock des Universitätskrankenhauses in zwei größeren, nach Süden gelegenen Zimmern untergebracht. Diese sind durch das Schwesternzimmer und einen vor diesem befindlichen kleinen Raum, der als Teeküche benutzt wird, getrennt. Die beiden Krankenzimmer sind 10,35 m lang, 6 m bzw. 6,30 m breit und 4 m hoch; sie haben je drei Fenster an der einen nach Süden gelegenen Schmalseite. Weiterhin erhalten die Zimmer etwas Licht von der gegenüberliegenden Flurseite, und zwar durch ein oben in der Tür angebrachtes Fenster oder durch die offen stehende Tür. Die beiden Räume werden in der kalten Jahreszeit durch eine Centralniederdruckluftheizung erwärmt. Zur Beleuchtung dienen in jedem Zimmer je drei einfache elektrische, an der Decke hängende Glühbirnen (Metalldrahtfadenlampen). Die Ventilation erfolgt durch in den Wänden befindliche Luftkanäle und durch Klappfenster. Außerdem dringt ständig frische Luft vom Flur aus in die Säle hinein.

Ueber die Verteilung der Stationsräume und ihre Inneneinrichtung gibt der umstehende Grundriß auf Figur 1 Auskunft.

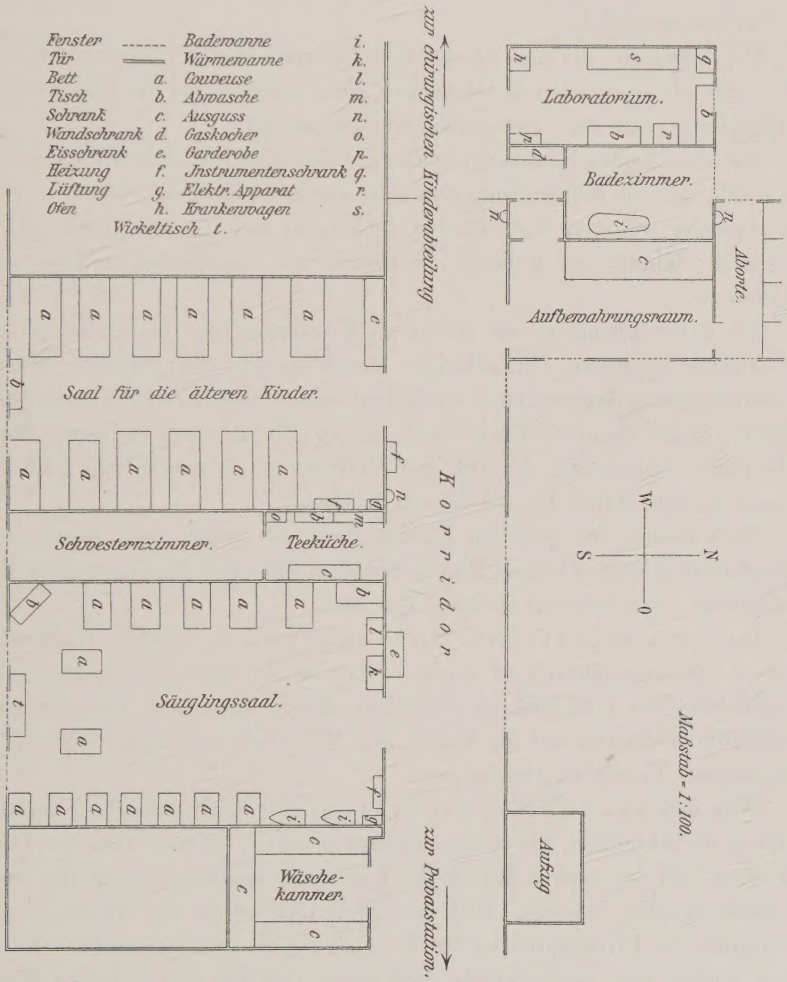
Die beiden Krankenzimmer werden in der Weise ausgenutzt, daß in dem einen die Säuglinge, in dem anderen die älteren Kinder untergebracht sind. Demgemäß ist auch die Ausstattung in beiden Räumen eine verschiedene.

In dem Zimmer, welches für die älteren Kinder bestimmt ist, befinden sich zehn größere und zwei kleinere Betten, die bezüglich ihrer Ausstattung den in Kliniken üblichen Anforderungen entsprechen. An der nördlichen Schmalseite befindet sich ein größerer Schrank, in welchem eine sehr bescheidene Bibliothek, Krankengeschichten, sowie einiges Unterrichtsmaterial (Moulagen, Tabellen und sonstige Anschauungsgegenstände) untergebracht sind. Vor dem

mittleren Fenster steht ein kleiner Tisch, der als Untersuchungstisch für Kinder benutzt wird.

In dem Saal für die Säuglinge und kleineren Kinder sind 14 eiserne

Fig. 1.



Grundriß der klinischen Station der medicinischen Kinderabteilung im Großherzoglichen Universitätskrankenhause zu Rostock.

Bettchen verschiedener Größe und verschiedener Ausstattung aufgestellt, von denen die meisten den heutigen Anforderungen nicht mehr genügen. Zur Verfügung stehen außerdem eine einfache Credé sche Wärmewanne, sowie eine Finkelstein sche Couveuse, um frühgeborene, lebensschwache und

schwerkranke Kinder entsprechend versorgen zu können. Von sonstigen Utensilien verdienen noch Erwähnung der Wickeltisch, eine Kinderwage und ein kleiner Wandschrank mit Medikamenten. Die Badeeinrichtung für die kleineren Kinder, die erst seit einigen Jahren in der einen Nordecke des Zimmers angebracht ist, besteht aus zwei eisernen, innen emaillierten Wannen mit Kalt- und Warmwasserzufluß.

Die Teeküche, die nur 7,5 qm mißt, enthält eine Abwaschvorrichtung, einen Tisch mit einem kleinen Gaskocher, einen Schrank für die verschiedenen Nährpräparate und das notwendige Küchengeschirr.

Zwischen beiden Krankenzimmern auf dem Flur befindet sich ein kleiner Eisschrank, der zur Kühlhaltung von Nahrungsmitteln u. dgl. dient.

Jegliche weiteren Nebenräume fehlen, so daß es unmöglich ist, im Bedarfsfalle Kinder zu isolieren (Verdacht auf ausbrechende Infectionskrankheiten).

Als Laboratorium ist ein früher als Krankenzimmer benutzter, kleiner, nach Norden gelegener, einfensteriger Raum eingerichtet, welcher mit den allernotdürftigsten Gegenständen für die laufenden Untersuchungen ausgestattet ist (Harn, Stuhl, Sputum, Mageninhalt, Blut). Ferner steht in diesem Raum ein fahrbarer elektrischer Apparat zur Verfügung. Wasserleitung fehlt hier wie auch in dem Raum für die älteren Kinder.

Zum Baden der größeren Kinder dient ein neben dem sogenannten Laboratorium gelegener kleiner Raum, in dessen Nähe sich die bisher noch nicht mit Spülung eingerichteten Klosetts befinden.

Die poliklinische Sprechstunde, welche Wochentags von 2—3 Uhr abgehalten wird, findet in den im Hochparterre gelegenen, von der medicinischen Poliklinik zu demselben Zweck benutzten Räumen statt. Das öffentliche Kolleg und die Klinik und Poliklinik werden im Hörsaal der medicinischen Poliklinik abgehalten.

Was den ärztlichen Dienst auf der Kinderabteilung anlangt, so bildete die Abteilung, wie schon eingangs erwähnt, bis zum Juni des Jahres 1905 einen Teil der inneren Klinik des Universitätskrankenhauses und wurde von dieser ärztlich versorgt. Seit dem Juni 1905 wurde die Abteilung nach Habilitation des Privatdozenten Dr. Brüning diesem unterstellt. Die Abteilung bildete aber auch damals noch einen Teil der medicinischen Klinik, und der ärztliche Leiter war gewissermaßen als Volontärarzt der inneren Klinik anzusehen. Mit der Ernennung des Privatdozenten Dr. Brüning zum außerordentlichen Professor der Kinderheilkunde im Sommer 1909 wurde die Abteilung in ärztlicher Beziehung vollkommen selbständig und ist nur noch, was Verwaltungsfragen betrifft, auf die Vermittlung des Directors der inneren Klinik angewiesen. An Hilfskräften standen dem ärztlichen Leiter der Station

in den ersten Jahren nur Famuli — d. h. Mediciner im klinischen Semester — zur Seite, die oft schon nach mehrwöchentlicher Tätigkeit wechselten und eine wirkliche Hilfe niemals abgegeben haben. Später wurde dank des Entgegenkommens des Directors der medicinischen Klinik der zweite Assistent der internen Poliklinik verpflichtet, nachmittags in der Kinderambulanz mit tätig zu sein, ein Modus, der verlassen wurde, nachdem das Großherzogliche Ministerium im Jahre 1911 die Anstellung eines eigenen Medicinalpraktikanten sowie außerdem im Jahre 1913 diejenige eines besoldeten approbierten Assistenzarztes auf Antrag genehmigt und so einem dringendsten Bedürfnisse abgeholfen hatte.

Das Pflegepersonal bestand anfangs aus einer älteren Schwester, die nach kurzer Zeit durch eine jüngere, leistungsfähigere Kraft abgelöst werden mußte. Später wurde mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Pflege der Säuglinge eine zweite Schwester angestellt. Außer diesen beiden Schwestern versorgen die einfachen Arbeiten zwei Wärterinnen, und schließlich steht für die Nachtwache noch eine Wärterin zur Verfügung; keine von diesen Pflegepersonen hat eine Ausbildung in der Säuglingspflege genossen, sondern alle sind darauf angewiesen, auf der Abteilung ihre Kenntnisse zu erwerben.

Nachdem im vorhergehenden das Wichtigste über die Einrichtung der Abteilung, den ärztlichen Dienst und über das Pflegepersonal gesagt worden ist, soll nun im folgenden ausführlich über die Frequenz der klinischen Station und Poliklinik, über die Art der Erkrankungen und die erzielten Resultate berichtet werden.

Was zunächst die absoluten Belegziffern während des in Rede stehenden 8jährigen Zeitraumes anlangt, so sind dieselben neben anderen hierhergehörigen Zahlenangaben in Tabelle I verzeichnet.

Wie aus der umstehenden Tabelle I hervorgeht, hat sich zunächst der Bestand, d. h. die Zahl derjenigen Kinder, welche am Ende eines Jahrganges auf der Station zurückblieben und auf das nächste Jahr übernommen wurden, wesentlich geändert und ist in den letzten Jahren um 5—6mal größer gewesen als zu Anfang. In erfreulicher Weise ist ferner ein fast ständiges Anwachsen der Gesamtziffer der behandelten Kinder zu constatieren gewesen. Dies ist um so bemerkenswerter, als es sich ausschließlich um innerlich kranke Kinder handelt, bei denen eine hausärztliche Behandlung in vielen Fällen leicht durchführbar ist, und die daher weit seltener ins Krankenhaus gegeben zu werden pflegen als z. B. Kinder, an denen chirurgische oder sonstige specialistische Eingriffe vorgenommen werden müssen. Aber auch die pekuniäre Frage ist hier zu berücksichtigen, denn es ist für einen Handwerker oder gar für einen Arbeiter geradezu unmöglich, für eines von vielleicht vielen Kindern den im Krankenhaus üblichen Tagessatz von 3 M. zu bezahlen. Freistellen konnten

Tabelle I.

Uebersichtstabelle über die in der Zeit vom 1. October 1905 bis 30. September 1913 auf der klinischen Station der medicinischen Kinderabteilung behandelten Kinder. (Absolute Zahl.)

Jahrgang (1. October bis 30. September)	Summe aller behandelten Kinder	Bestand	Neuaufnahmen	Säuglinge	Aeltere Kinder	Von den älteren Kindern waren im			Art der Entlassung							
						2.—5. Lebensjahr	6.—10. Lebensjahr	11.—14. Lebensjahr	Nur zur Beobachtung	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Verlegt auf andere Stationen	Summe aller gestorb. Kinder	Gestorbene Säuglinge	Gestorbene ältere Kinder
1905/06	193	3	190	49	144	45	49	50	0	63	67	18	13	23	14	9
1906/07	208	9	199	59	149	43	49	57	1	102	44	9	21	22	15	7
1907/08	235	9	226	82	153	60	47	46	25	76	70	10	12	27	19	8
1908/09	211	14	197	89	122	56	30	36	23	70	48	5	15	34	24	10
1909/10	254	16	238	106	148	84	38	26	42	59	61	11	21	48	32	16
1910/11	240	12	228	114	126	61	37	28	36	77	52	6	17	38	26	12
1911/12	256	14	242	146	110	58	28	24	21	88	50	8	20	50	42	8
1912/13	275	19	256	124	151	67	37	47	48	78	81	4	11	39	32	7
1905/13	1872	96	1776	769	1103	474	315	314	196	613	473	71	131	281	204	77

naturgemäß nur in beschränktem Maße gewährt werden. Um hier Abhilfe zu schaffen, wurde bei Kindern unter 5 Jahren häufig der Pflegesatz auf 1 M. ermäßigt, und zwar namentlich dann, wenn es sich um schwerkranke und mittellose Kinder oder um besonders zu Unterrichtszwecken verwertbare, seltene Krankheitsfälle handelte.

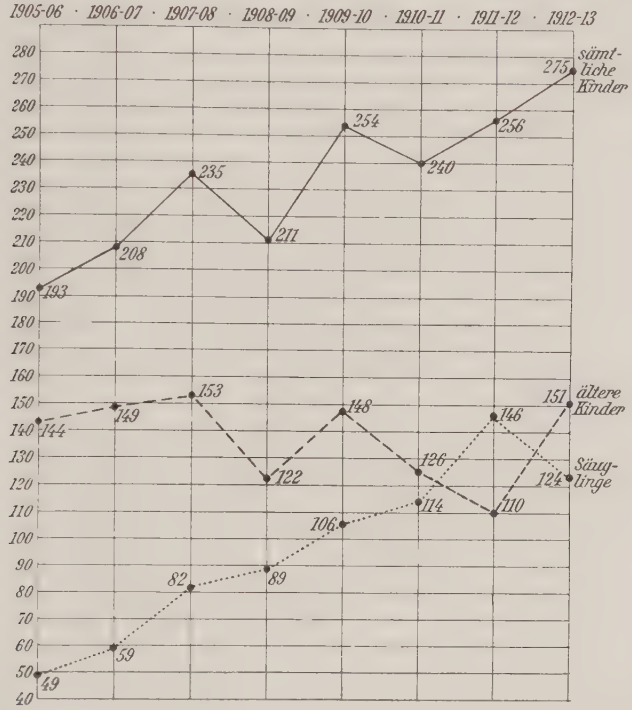
Entsprechend der allgemeinen Frequenzsteigerung der klinischen Abteilung hat auch die Zahl der Säuglinge fast stetig zugenommen. Dieses Ansteigen erklärt sich wohl damit, daß man erst seit der Wende des letzten Jahrhunderts gelernt hat, Säuglinge klinisch erfolgreich zu behandeln, und daß man sich auch allmählich daran gewöhnt hat, Säuglinge ins Krankenhaus zu geben, was früher nur höchst selten und ungern geschah.

Was die Zahl der behandelten älteren Kinder anbetrifft, so ist diese im Laufe der Jahre ziemlich unverändert geblieben, so daß die Steigerung der klinischen Gesamtfrequenz ausschließlich den jüngsten Kindern zugeschrieben werden muß.

Von der Zu- und Abnahme der in den einzelnen Jahrgängen behandelten Kinder erhält man ein recht anschauliches Bild, wenn man die gewonnenen Zahlen in Gestalt von Curven bringt. Wie aus der nachstehenden Figur 2

hervorgeht, gibt uns die linierte Curve die Zahl sämtlicher Kinder an, die schraffierte die der älteren Kinder und die punktierte die der Säuglinge.

Fig. 2.



Die Anzahl der behandelten Kinder in den Jahren 1905/06—1912/13.

Die erste Curve der Gesamtfrequenz zeigt im allgemeinen steigende Tendenz. Nur in den Jahrgängen 1908/09 und 1910/11, in denen auch ein Sinken der Curve für die älteren Kinder zu constatieren ist, fällt sie etwas ab. Für uns ist es aber vor allem von Interesse zu erfahren, wie sich die Curven für die älteren Kinder und für die Säuglinge zueinander verhalten. Die Curve für die älteren Kinder hält sich in den drei ersten Jahrgängen fast auf derselben Höhe, fällt in den nächsten Jahrgängen allmählich ab und erreicht ihre anfängliche Höhe nur in den beiden Jahren, in denen eine größere Anzahl von Kindern zwecks wissenschaftlicher Untersuchungen (Darmparasiten!) zur Beobachtung aufgenommen wurden. Im Gegensatz hierzu steigt die Säuglingscurve mit Ausnahme des letzten Jahrganges ständig an. Für dieses Verhalten ist neben den schon vorhin angeführten Gründen noch ein anderer maßgebend. Da die künstliche Ernährung so weit verbreitet ist, kamen viele, meist chronische Ernährungsstörungen zur klinischen Behandlung, und zwar vornehmlich solche

bei unehelichen Kindern, von denen jährlich ein großer Procentsatz auf die Station aufgenommen werden mußte.

Bei der Einteilung der älteren Kinder nach Altersstufen muß uns auffallen, daß die Kinder des 2.—5. Lebensjahres am zahlreichsten auf der Station vertreten waren. Hierfür mag die schon angedeutete Ermäßigung des täglichen Pflegesatzes einen Grund abgeben. Ebenso wichtig dürfte aber der Umstand sein, daß bei diesen Kindern verschiedene, am besten klinisch zu behandelnde Erkrankungen vorkamen, welche ältere Kinder seltener befallen (Meningitis tuberculosa, Poliomyelitis anterior acuta u. a.). So läßt sich demnach die Tatsache feststellen, daß an der Steigerung der Gesamtfrequenz der Station außer den Säuglingen auch die dem Säuglingsalter nahestehenden Kinder beteiligt sind, während die Zahlen für die späteren Altersstufen eher sinkende Tendenz aufweisen.

Wie sich bei unserem Material diese Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen verteilen, darüber gibt uns Tabelle II Aufschluß.

Tabelle II.

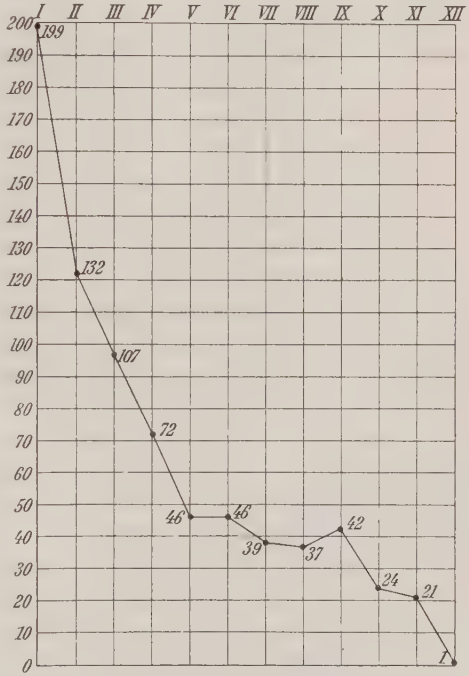
Verteilung der in dieser Tabelle aufgeführten Erkrankungen auf die drei Altersgruppen.

Erkrankungen	2.—5.	6.—10.	11.—14.
	Lebensjahr		
Jaksch-Hajemsche Anämie	2	—	—
Möller-Barlowsche Krankheit	2	—	—
Rachitis	35	1	—
Myxödem	7	—	—
Chondrodystrophie	1	—	—
Mongolismus	5	—	—
Stomatitis aphthosa	7	—	—
Ernährungsstörungen der älteren Kinder	25	—	—
Bronchopneumonie	35	5	—
Bronchitis	33	20	8
Pneumonie	26	17	15
Meningitis tuberculosa	19	7	4
Poliomyelitis anterior acuta	23	5	2
Summa	220	55	29

Nach dieser Zusammenstellung kommen 220 Erkrankungen auf Kinder des 2.—5. Lebensjahres, 55 auf die des 6.—10. und nur 29 Erkrankungen auf die Kinder im Alter von 11—14 Jahren. Von den Erkrankungen der Respirationsorgane sind hier besonders die Pneumonie, Bronchopneumonie und die Bronchitis zu erwähnen; sie sind bei den Kindern des 2.—5. Lebensjahres

fast 3mal so häufig gewesen wie bei denen der übrigen Altersstufen. Von den an Rachitis behandelten Kindern stand nur ein einziges im 6. Lebensjahr, während alle übrigen dem frühen Kindesalter (2.—5. Lebensjahr) angehörten. Hierbei ist noch zu bemerken, daß es sich zum größten Teil um schwere Formen gehandelt hat. Anamnestisch ließ sich fast in allen Fällen eine unzweckmäßige Ernährung feststellen. Im letzten Jahre wurde ein Kind in die Klinik aufgenommen, welches bis zum 22. Lebensmonat nichts anderes als Milch bekommen hatte. Die 25 Ernährungsstörungen der älteren Kinder betrafen nur das 2.—5. Lebensjahr. Entsprechend dem in letzter Zeit in Pommern und Mecklenburg häufigeren Auftreten der Poliomyelitis anterior acuta waren auch mehrere Kinder mit dieser Affection in der Klinik zur Behandlung bezw. zur Beobachtung. Endlich wäre noch die tuberculöse Meningitis zu erwähnen, die auf der Station verhältnismäßig oft vorgekommen ist und stets trotz aller Bemühungen zum Tode führte. Auch bei diesen beiden Erkrankungen handelte es sich hauptsächlich um 2—5jährige Kinder. Wie aus der Tabelle weiter hervorgeht, traten alle übrigen Krankheiten nur selten und jenseits des 5. Lebensjahres überhaupt nicht mehr auf; immerhin war aber eine Anzahl exquisiter Seltenheiten (Chondrodystrophie, Barlow, Jaksch-Hajemsche Anämie) unter der Gesamtzahl vertreten, Erkrankungen, deren klinischer und therapeutischer Behandlung selbstverständlich das regste Interesse entgegengebracht wurde.

Fig. 3.



Die Zahl der behandelten Säuglinge nach Lebensmonaten berechnet.

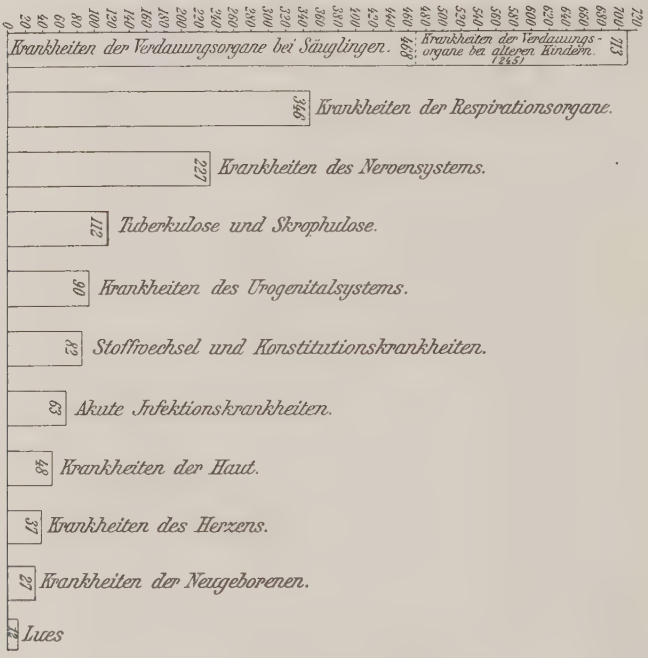
Nachdem wir so die älteren Kinder hinsichtlich dieser Erkrankungen nach Altersstufen eingeteilt aufgeführt haben, fragt es sich nunmehr zunächst, wie sich die behandelten Säuglinge auf die einzelnen Lebensmonate verteilt haben. Die genauen Zahlenangaben hierüber finden wir in Figur 3.

Wir sehen, daß die meisten der behandelten Säuglinge im 1. Lebens-

monat standen, daß vom 1.—5. Lebensmonat die Curve ganz steil abfällt und auch weiterhin bis zum 12. Lebensmonat absteigende Tendenz aufweist. Die Zahl der Erkrankungsfälle ist bei Säuglingen jenseits des 5. Lebensmonats nur noch gering gewesen und bei weitem das Gros der klinisch behandelten Kinder im 1. Lebensjahr hat das 1. Lebensquartal bezw. 1. Lebenshalbjahr betroffen.

Was nun die Art der Erkrankungen bei allen behandelten Kindern anlangt, so standen natürlich entsprechend der eben erwähnten hohen Anzahl

Fig. 4.



Säulenreihe über die Erkrankungsfälle aller behandelten Kinder.

der behandelten Säuglinge die Erkrankungen der Verdauungsorgane im Vordergrund. Von den 769 Säuglingen wurden allein gegen 500 mit Erkrankungen der Verdauungsorgane eingeliefert, und zwar waren es vorwiegend chronische Ernährungsstörungen. Zahlreich waren auch die Erkrankungen der Respirationsorgane und die des Nervensystems. Im Gegensatz hierzu kamen die Erkrankungen aller übrigen Gruppen ziemlich selten vor. Was die Infectionskrankheiten anbetrifft, so wurden auf unserer Station nur die Kinder mit Typhus und acutem Gelenkrheumatismus behandelt, alle anderen wurden gleich bei der Aufnahme auf die Isolierabteilung der inneren Klinik verlegt.

Ueber die hierhergehörigen Werte gibt die vorstehende Figur 4 Auskunft.

Die Zahl der Verpflegungstage schwankte in den acht Jahrgängen zwischen 1 und 586. Allerdings ist es nur einmal vorgekommen, daß ein Kind länger als 1 Jahr auf der Station verblieb. Es war dies ein 6jähriges Kind, bei dem es sich um die Folgen einer schweren Rachitis gehandelt hat. Die Gesamtziffern der Verpflegungstage sind für die älteren Kinder und für die Säuglinge besonders berechnet und im folgenden verzeichnet:

	ältere Kinder	Säuglinge
1905/06	2902 Tage	1311 Tage
1906/07	3018 „	1601 „
1907/08	2725 „	3139 „
1908/09	4607 „	2767 „
1909/10	2645 „	6165 „
1910/11	1927 „	5976 „
1911/12	2129 „	6310 „
1912/13	2379 „	5367 „

Wie aus Figur 5 ersichtlich ist, sind die durchschnittlichen Zahlen der Verpflegungstage bei den Säuglingen bei weitem größer gewesen als bei den älteren Kindern. Dies erklärt sich aus der Art der Erkrankungen, denn die Ernährungsstörungen, die ja bei den behandelten Säuglingen vorgeherrscht haben, bedingten einen längeren Aufenthalt auf der Station.

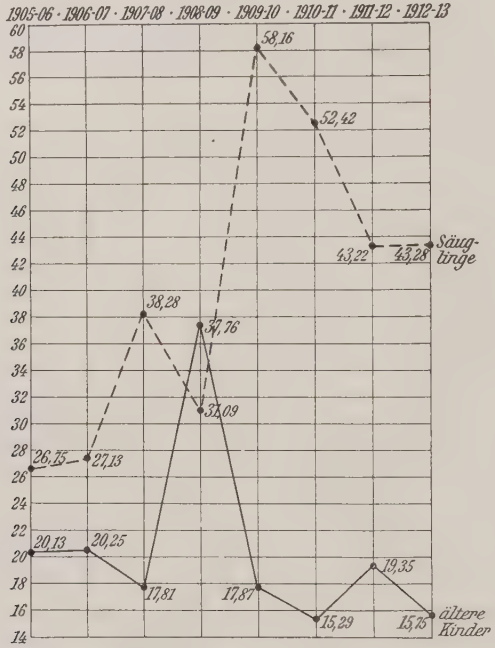
In den letzten Jahren befanden sich mehr Kinder, als es sonst der Fall war, zur Beobachtung auf der Station (s. Tabelle I). Dies erklärt sich daraus, daß systematische Untersuchungen auf Darmparasiten bei Kindern angestellt und einige neue Wurmmittel geprüft wurden, deren Wirksamkeit nur an klinischen Fällen mit genügender Sicherheit verfolgt werden konnte. Was sonst die zur Beobachtung aufgenommenen Kinder anlangt, so handelte es sich bei diesen fast ausschließlich um Erkrankungen, zu deren Diagnosestellung feinere klinische Untersuchungsmethoden erforderlich waren. Es seien hier z. B. die elektrischen und die Blutuntersuchungen erwähnt, die von vielbeschäftigten praktischen Aerzten aus Mangel an Zeit und Uebung kaum vorgenommen werden können. Auch die Untersuchungsmethoden, die bei beginnender Tuberculose (Pirquetisierung, Tuberculinreaction u. s. w.) in Frage kommen, lassen sich am besten in der Klinik durchführen. Im allgemeinen waren diese Kinder nur 3—5 Tage auf der Station und wurden entlassen, nachdem die Diagnose gestellt und die notwendigen Untersuchungen erledigt worden waren.

Die absolute Zahl der geheilt und gebessert entlassenen Kinder schwankte, wie auch aus der Tabelle I zu ersehen ist, den Gesamtzahlen aller behandelten

Kinder entsprechend. Immerhin konnten mehrere Kinder in geheiltem oder gebessertem Zustande die Klinik verlassen (1086 von 1872).

Wie weiter aus der Tabelle I hervorgeht, war nur in wenigen Fällen (71) wegen der Natur der Erkrankungen eine Heilung unmöglich. Es handelte sich

Fig. 5.



Die durchschnittlichen Zahlen der Verpflegungstage.

zum größten Teil um ältere Kinder; der Anteil der Säuglinge war hier äußerst gering.

Die hierher gehörigen Kinder sind in nachfolgender Zusammenstellung aufgeführt, aus welcher die einzelnen Krankheiten ohne weiteres ersichtlich werden.

Erkrankungen der ungeheilt entlassenen Kinder.

Erkrankungen des Nervensystems.

Hemiplegie	1
Poliomyelitis ant. acuta	8
Polioencephalitis	2
Idiotie	8
Mikrocephalie	2
Hydrocephalus	2
Paralysis spastica congen.	1

Encephalitis	2
Tumor cerebri	2
Multiple Sklerose	1
Meningitis tuberculosa	1
Verzögerte Sprachentwicklung	1
Muskelatrophie	1
Dystrophia musculorum	2
Eklampsie	1
Chorea minor	1
Tuberculose und Scrophulose.	
Tuberculose	7
Scrophulose	1
Krankheiten der Respirationsorgane.	
Pneumonia chronica	2
Krankheiten der Urogenitalorgane.	
Enuresis nocturna	2
Nephritis acuta	1
Krankheiten der Verdauungsorgane.	
Chronische Ernährungsstörung	11
Taenia saginata	4
Peritonitis tub.	2
Erkrankungen des Herzens.	
Congen. Pulmonalstenose	1
Erkrankungen der Schilddrüse.	
Mongolismus	2
Congen. Myxidiotie	1

Obenstehende Zusammenstellung zeigt uns, daß es vorwiegend Erkrankungen des Centralnervensystems waren, derentwegen die Kinder „ungeheilt" entlassen werden mußten. Da die meisten von diesen einer Therapie nur schwer oder überhaupt nicht zugänglich sind, so braucht auf sie nicht näher eingegangen zu werden. Daß in 7 Fällen von Tuberculose eine Besserung nicht herbeigeführt werden konnte, darf uns nicht verwundern, weil der Krankheitsproceß schon sehr weit vorgeschritten war, und bei zwei Kindern noch eine Complication mit schwerer Bauchfelltuberculose vorlag. Auch bei einem hochgradig scrophulösen Kinde blieb trotz aller Bemühungen der Zustand unverändert. Dies lag lediglich daran, daß das Kind viel zu spät in ärztliche Behandlung gegeben worden war. Von den an Myxödem erkrankten Kindern mußte eines ungeheilt entlassen werden; bei den übrigen war jedoch nach Darreichung von Thyreoidintabletten schon nach kurzer Zeit ein merklicher Rückgang der somatischen und psychischen Veränderungen zu beobachten. Aber auch leichtere Erkrankungen trotzen manchmal jeder Therapie. So mußten zwei, allerdings noch recht jugendliche Kinder, mit Enuresis nocturna entlassen werden, bei denen, abgesehen von der ziemlich aussichtslosen medicamentösen Behandlung, weder der Wechsel der Umgebung noch die Anwendung starker

faradischer Ströme das Leiden zu beseitigen vermochten. Bei einigen Kindern, die zur Bandwurmbehandlung in die Klinik eingeliefert wurden, mußte nach kurzer Zeit die Kur wiederholt werden, da der Kopf nicht abgegangen war; überhaupt gehört die Abtreibung von Bandwürmern bei Kindern nach unseren Erfahrungen zu den unangenehmsten ärztlichen Aufgaben.

Bei den ungeheilt entlassenen Säuglingen handelte es sich um chronische Ernährungsstörungen. Die kleinen Patienten wurden entlassen, da eine Grippeinfection auf der Abteilung herrschte, und die Kinder durch immer wieder erfolgende Ansteckung sehr herunterkamen. Wenn man alle diese und die vorhin erwähnten Erkrankungen berücksichtigt, so ist die Zahl der ungeheilt entlassenen Kinder mit 71 verhältnismäßig gering gewesen.

Eine größere Anzahl von Kindern (131) wurde auf andere Abteilungen verlegt, da bei exacter Untersuchung Erkrankungen sich nachweisen ließen bezw. hinzutraten, welche eine specialistische Behandlung erforderlich machten (chirurgische Station, Augen- und Ohrenklinik u. s. w.). Von den chirurgisch zu behandelnden Erkrankungen ist hier hauptsächlich das Empyem der Pleura zu erwähnen, welches verhältnismäßig oft vorkam und vornehmlich $^1/_2$- bis 2jährigen Kindern gefährlich wurde.

Diejenigen Kinder, bei denen während ihres Aufenthaltes auf der Station eine Infectionskrankheit ausbrach, wurden den entsprechenden Isolierabteilungen der inneren Klinik überwiesen (39 Fälle).

Die absoluten Mortalitätsziffern, auf welche hier weiter nicht eingegangen werden soll, waren natürlich mit ihrer steigenden Tendenz von den wachsenden Gesamtzahlen aller behandelten Kinder sowie auch von deren Alter abhängig. So betrafen auf der Station bei weitem mehr Todesfälle die Säuglinge als die älteren Kinder; im Jahre 1908/09 war das Verhältnis 32 : 16, im Jahre 1911/12 jedoch 42 : 8.

Es verdient jedoch betont zu werden, daß in den acht Jahren des Bestehens der medicinischen Kinderabteilung fast 1900 Kinder aller Altersstufen, darunter fast 800 Säuglinge und ca. 1100 Kinder jenseits des 1. Lebensjahres klinisch behandelt worden sind, von denen ca. 1100 geheilt oder gebessert entlassen wurden, während 281 trotz aller ärztlichen Bemühungen zu Grunde gegangen sind.

Ungleich wichtiger und interessanter als die vorstehend mitgeteilten absoluten Ziffern müssen die relativen Werte erscheinen, wie sie in nebenstehender Tabelle III zusammengefaßt sind.

Wie aus dieser Tabelle zunächst hervorgeht, waren mit Ausnahme des vorletzten Jahrganges mit 43 Proc. : 57 Proc. mehr ältere Kinder als Säug-

Tabelle III.

Procentzahlen der in der Zeit vom 1. October bis 30. September 1913 auf der klinischen Station der medicinischen Kinderabteilung behandelten Kinder.

Jahrgang (1. October bis 30. September)	Säuglinge	Aeltere Kinder	Von den älteren Kindern waren im			Art der Entlassung							
			2.—5. Lebensjahr	6.—10. Lebensjahr	11.—14. Lebensjahr	Nur zur Beobachtung	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Verlegt auf andere Stationen	Alle gestorbenen Kinder	Gestorbene Säuglinge	Gestorbene ältere Kinder
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1905/06	25,39	74,61	31,26	34,02	34,72	0	32,64	35,18	9,37	6,74	11,92	28,57	6,24
1906/07	28,37	71,63	28,86	32,88	38,26	0,48	49,04	21,15	4,33	10,10	10,58	25,42	4,70
1907/08	34,89	65,11	39,22	30,71	30,07	10,64	32,34	29,79	4,26	5,53	11,06	23,17	5,22
1908/09	42,18	57,82	45,90	24,59	29,51	10,90	33,18	23,70	2,37	7,11	16,11	26,97	8,20
1909/10	41,73	58,27	56,76	25,68	17,56	16,54	23,23	24,02	4,33	8,20	19,06	20,75	10,81
1910/11	47,55	52,50	48,41	29,37	22,22	15	32,08	21,67	2,5	7,08	15,83	22,81	9,52
1911/12	57,03	42,97	52,73	25,45	21,82	8,2	34,38	15,63	3,13	7,81	19,53	28,77	7,27
1912/13	45,09	54,91	44,38	24,50	31,12	17,44	28,36	29,45	1,45	4	14,18	25,81	4,64
1905/13	41,08	58,92	25,32	16,83	16,77	10,47	32,75	25,27	3,79	7	10,90	26,53	6,98

linge auf der Station, und zwar entfielen im Mittel des 8jährigen Zeitraumes auf 4 behandelte Säuglinge 6 Kinder jenseits des 1. Lebensjahres. Immerhin ist der Procentsatz der Säuglinge ziemlich hoch und merklich im Ansteigen begriffen, während die Zahl der älteren Kinder sinkende Tendenz aufweist. Demgemäß hat sich das Verhältnis von rund 1 : 3, wie es in den beiden ersten Jahren für Kinder bis zu 1 Jahr und für solche über 1 Jahr bestand, in letzter Zeit derartig verschoben, daß jetzt die jüngsten Altersklassen vorherrschen. Was die Verteilung auf die verschiedenen Altersstufen jenseits des 1. Lebensjahres anlangt, so sind die Differenzen in den einzelnen Jahrgängen nicht so wesentlich und stetig, daß sie einer besonderen Erklärung bedürfen.

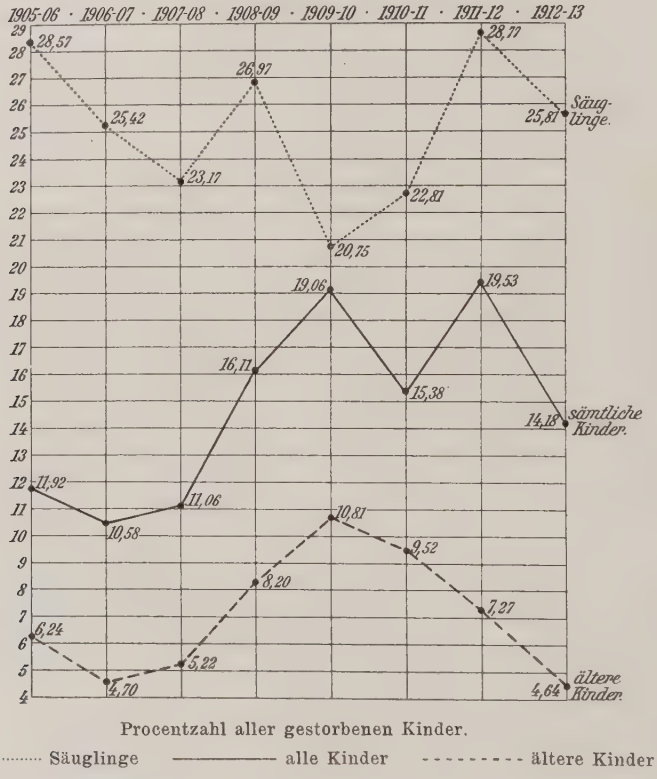
Daß Kinder des 2.—5. Lebensjahres bei weitem überwiegen, ist bereits bei der Besprechung der Tabelle II hervorgehoben worden und auch hier wiederum nachweisbar.

Die Procentzahlen der auf andere Abteilungen verlegten Kinder sind ziemlich constant geblieben; sie betrugen ungefähr 7 Proc.

Als geheilt und gebessert konnten in den einzelnen Jahren etwa 50 bis 60 Proc. aller behandelten Kinder entlassen werden, ein Resultat, das im

allgemeinen als nicht ungünstig bezeichnet werden darf, wenn man die ungenügenden äußeren Verhältnisse der klinischen Abteilung in Betracht zieht und ferner berücksichtigt, daß allein ca. 17 Proc. auf die zur Beobachtung aufgenommenen und auf andere Stationen verlegten Kinder entfielen. Nur

Fig. 6.



gering ist die Procentzahl der ungeheilt entlassenen Kinder mit knapp 4 Proc. der Aufnahmen.

Im Gegensatz hierzu steht aber die relativ hohe Sterblichkeit der Säuglinge, die zwischen 20 und 29 Proc. schwankte, während die Procentzahl der gestorbenen älteren Kinder 4—11 Proc. betrug.

Wie aus obenstehender Curve auf Figur 6 hervorgeht, ist die Differenz für die einzelnen Jahre nicht allzu erheblich. Leider war die Zahl der Kinder auf der Station nicht so groß, daß man die genannten Unterschiede mit Sicherheit erklären könnte. Wesentlich differieren die Procentzahlen der gestorbenen Säuglinge und der gestorbenen älteren Kinder. Erstere Procentzahl übertrifft

letztere um rund das Vierfache, und zwar sind es mehrere Gründe, welche diese hohe Säuglingssterblichkeit erklären.

Fragen wir uns zunächst, in welchem Zustande die in der Klinik verstorbenen Säuglinge eingeliefert wurden. In 69 Fällen von 204 = 33,8 Proc. handelte es sich um Säuglinge, die in desolatem Zustande bezw. schon moribund aufgenommen wurden und vor Ablauf von 3 Tagen zu Grunde gegangen sind. Vielfach waren es Kinder von herumziehenden Schnitterinnen, die in ganz verwahrlostem Zustande in die Klinik eingeliefert wurden. Es ist sogar vorgekommen, daß zwei Säuglinge, die zur Behandlung in die poliklinische Sprechstunde gebracht worden waren, verstarben, bevor auf der Station eine genauere Untersuchung vorgenommen werden konnte. Nach alledem ist es begreiflich, daß in den 69 Fällen der Exitus trotz der größten Bemühungen nicht verhindert werden konnte.

Rechnen wir diese aussichtslosen Fälle von verstorbenen Säuglingen von der Gesamtziffer der verstorbenen Säuglinge ab, so würden statt 204 noch 135 übrig bleiben, und die Säuglingssterblichkeit im Verhältnis zur Gesamtzahl der behandelten Säuglinge 135 zu 769, d. h. 17,6 Proc. betragen haben. Dieser Procentsatz ist ebenfalls noch recht hoch, wenn man sieht, daß in modernen Säuglingsheilanstalten mit rund 10 Proc. Mortalität gerechnet wird, erklärt sich aber unschwer einerseits aus der Beschaffenheit des Krankenmaterials, anderseits aus den ungenügenden äußeren Bedingungen, unter denen die Station zu arbeiten gezwungen ist. Es wird sich Gelegenheit finden, auf die hierher gehörigen Fragen am Schluß der Arbeit nochmals zurückzukommen.

Für die Beurteilung der Säuglingssterbeziffern ist ferner wichtig, zu erfahren, wie sich die Todesfälle auf die einzelnen Jahresmonate und vor allen Dingen auf die einzelnen Lebensmonate verteilen.

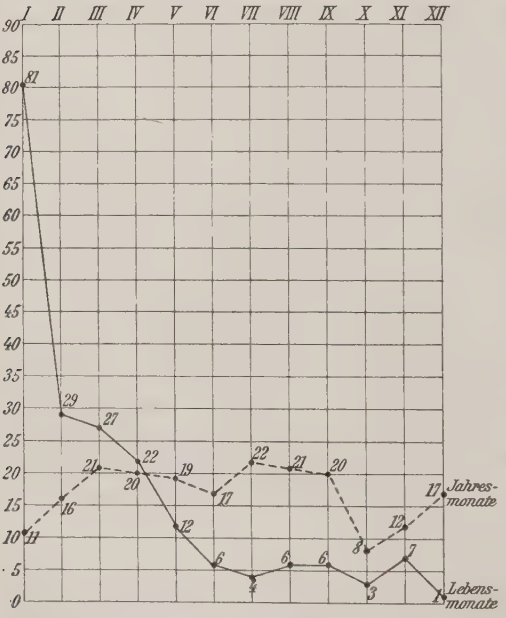
Die Curve (Figur 7) über die Todesfälle der Säuglinge innerhalb der zwölf Kalendermonate erreicht ihre höchsten Werte in Sommermonaten, in denen die Ernährungsstörungen und damit auch die Todesfälle an solchen überwiegen. Einen ziemlich hohen Anstieg haben wir auch im Frühjahr, wo die Erkrankungen der Respirationsorgane in den Vordergrund treten. Dagegen haben wir in der ersten Hälfte des Herbstes nur wenige Todesfälle zu verzeichnen.

Viel wesentlicher ist für uns das Verhalten der Curve, die uns die Lebensmonate der gestorbenen Säuglinge angibt. Bei weitem die meisten starben im 1. Lebensmonat, und zwar 81 Kinder (ca. 40 Proc.); im 2. Lebensmonat gingen noch 29 zu Grunde (ca. 24 Proc.). Dann fällt die Curve bis zum 5. Monat allmählich ab und ist bis zum 12. Lebensmonat nur ganz geringen Schwankungen unterworfen. Die absolute Zahl der Todesfälle schwankt in den letzten sieben Lebensmonaten zwischen 3 und 7. Wie wir aus der Curve sehen, hat

es sich bei den Todesfällen besonders um Säuglinge der ersten Lebenswochen gehandelt. Diese Tatsache trägt weiter zur Erklärung der Säuglingssterblichkeit bei, da gerade die jüngsten Kinder wegen Mangel an natürlicher Ernährung der Behandlung die allergrößten Schwierigkeiten zu verursachen pflegen.

Vor allem ist es aber notwendig, zur Beurteilung der Sterbeziffern für die Säuglinge die Art der Erkrankungen festzustellen. Bei einigen Säuglingen lagen so schwere organische Veränderungen vor, daß trotz sorgfältiger Pflege keine Möglichkeit bestand, die Kinder am Leben zu erhalten. Die in diesen Fällen ausgeführte Section bestätigte die Diagnose. Bei den meisten Säuglingen handelte es sich um chronische Ernährungsstörungen, von denen viele noch durch Erkrankungen anderer Organe compliciert waren. Für die Schwere der Erkrankungen spricht auch der Umstand, daß von 204 Säuglingen 114 schon in den ersten 10 Tagen zu Grunde gegangen sind.

Fig. 7.



Curve der in klinischer Behandlung gestorbenen Säuglinge nach Lebensmonaten (————) und Jahresmonaten (- - - - -) berechnet.

Im folgenden sind die Todesfälle zu verschiedenen Krankheitsgruppen geordnet. Es sind hierbei folgende Hauptgruppen unterschieden:

I. Störungen, welche unmittelbar nach der Geburt die Existenz des Kindes gefährden (Partus praematurus, allgemeine Lebensschwäche, Lues hereditaria, Nabelinfection).

II. Verschieden benannte Krankheiten (Debilitas cordis, Nephritis acuta, Pyelocystitis, Sepsis, Erysipelas, Furunculose).

III. Krankheiten der Atmungsorgane (Bronchitis, Bronchopneumonie, croupöse Lungenentzündung, Pleuritis exsudativa, Empyem, Miliartuberculose, Lungentuberculose).

IV. Krankheiten der Verdauungsorgane (vornehmlich acute und chronische Ernährungsstörungen, Pylorospasmus u. s. w.).

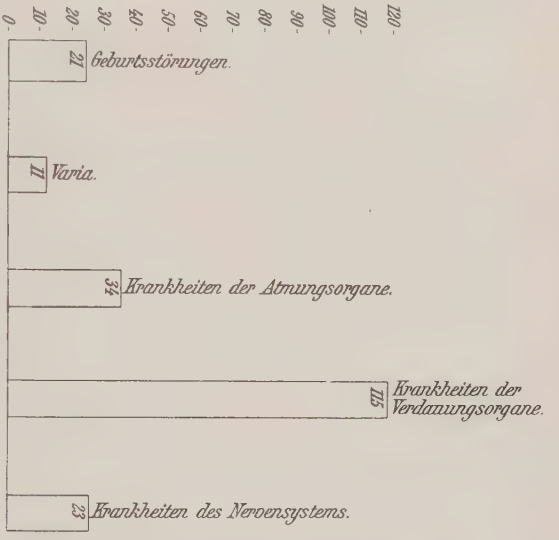
V. Krankheiten des Nervensystems (Spasmophilie, Eklampsie, Hydrocephalus, Meningitis tub. et purulenta).

Wie sich die Todesfälle auf diese einzelnen Hauptgruppen verteilen, zeigt uns untenstehende Säulenreihe auf Figur 8.

In der Säulenreihe fällt uns vor allem die Höhe der Säule auf, welche die Affectionen der Verdauungsorgane darstellt. Diese Säulenreihe überragt mit 115 Todesfällen = fast 50 Proc. der Gesamtziffer die der Atmungsorgane noch gut um das Dreifache, die der Geburtsstörungen und die der Nervenerkrankungen fast um das Fünffache. Die verschiedenen Erkrankungen der zweiten Hauptgruppe sind als Todesursache recht selten gewesen und treten völlig in den Hintergrund.

Von den 115 acuten und chronischen Ernährungsstörungen waren 43, d. h. fast 40 Proc., durchErkrankungen compliciert, wie z. B. Pneumonia crouposa, Bronchitis, Bronchopneumonie, Pleuropneumonie, Empyem, Furunculose, Otitis media, Grippe, Lungen- und Miliartuberculose, so daß sich schon hieraus ersehen läßt, daß es sich zum größten Teil um schwere Complicationen gehandelt hat, welchen die Säuglinge unterliegen mußten.

Fig. 8.



Todesursachen der gestorbenen Säuglinge.

Von den älteren Kindern sind auf der Abteilung etwa 7 Proc. gestorben. Mehrere Kinder wurden moribund in die Klinik eingeliefert, und 23 gingen schon in den ersten 3 Tagen zu Grunde. Rechnen wir diese von der Gesamtmortalität der älteren Kinder ab, so bleiben nur noch 4,9 Proc. übrig. Diese Mortalität ist keineswegs hoch, wenn man die Erkrankungen der Kinder und, wo sie ausgeführt wurde, auch das Sectionsergebnis eines Vergleiches würdigt. Die Todesfälle sind nach Krankheitsgruppen zusammengestellt, über welche folgende Säulenreihe einen Ueberblick gewährt.

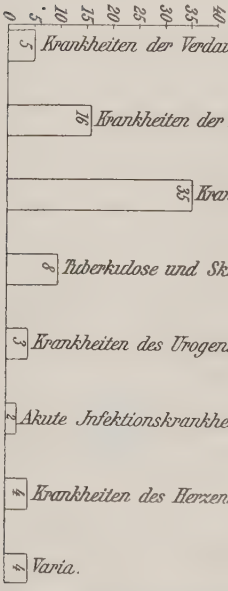
Aus der Säulenreihe S. 60 geht hervor, daß die Erkrankungen des Nervensystems alle anderen bei weitem übertroffen haben. In 28 Fällen handelte es sich um tuberculöse Meningitis, die ja nach allgemeiner Erfahrung für die Behandlung immer aussichtslos ist. An zweiter Stelle kommen die Erkran-

kungen der Respirationsorgane mit 15 Todesfällen. Hier stand die katarrhalische Pneumonie im Vordergrund. Bei den 8 Fällen von Tuberculose war der Krankheitsproceß so weit vorgeschritten, daß eine Besserung von vornherein ausgeschlossen erscheinen mußte. Alle anderen Erkrankungen sind als Todesursache recht selten gewesen; auch hier lagen schwere Organveränderungen vor.

Nachdem ich im vorhergehenden ausführlich über die stationäre Abteilung berichtet habe, will ich jetzt noch einige Angaben über die Kinderpoliklinik bringen.

Die poliklinische Sprechstunde wird Wochentags von 2—3 Uhr abgehalten. Die dort behandelten Kinder gehören mit wenigen Ausnahmen dem Arbeiterstande oder solchen Kreisen der Bevölkerung an, welche auf unentgeltliche ärztliche Beratung Anspruch machen dürfen. Bei den ambulant zu behandelnden Kindern aller Altersstufen kann es sich naturgemäß nur um solche leichtere Störungen handeln, deren Heilung eine stationäre Therapie nicht erforderlich macht und die ein Verbringen der Kinder in die Sprechstunde auch bei weniger günstiger Witterung angebracht erscheinen lassen. Ferner werden in der kinderpoliklinischen Freisprechstunde solche Kinder untersucht, welche in die Rostocker Tagkrippe aufgenommen werden wollen und noch diejenigen Kinder, welche für die in Müritz, Warnemünde und Sülze bestehenden Erholungsheime vorgemerkt werden sollen, und zwar in der Weise, daß nach dem Solbad Sülze ausgesprochen scrophulöse Kinder geschickt werden, während für Warnemünde und Müritz alle anderen erholungsbedürftigen Kinder bestimmt werden, d. h. also blutarme, schwächliche und solche, die in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind. Diese Kinder können in dringenden Ausnahmefällen mit Medicamenten versorgt werden, welche die chemischen Fabriken uns gratis zur Verfügung stellen, oder für welche der poliklinische Fonds in Anspruch genommen werden darf.

Fig. 9.



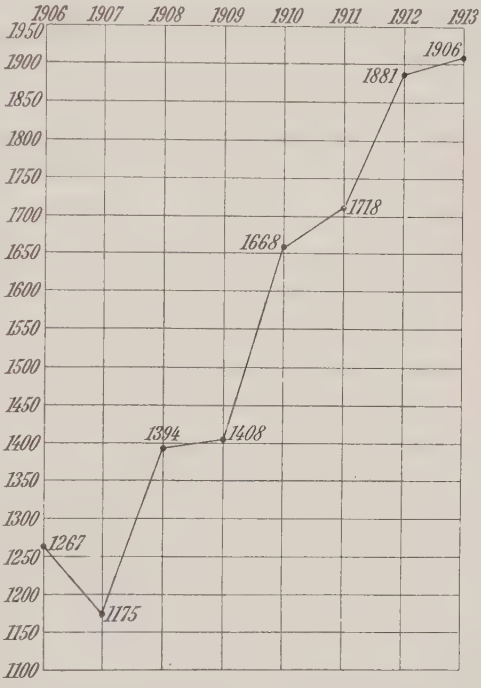
Todesursachen der 1905—1913 auf der Station gestorbenen älteren Kinder.

In den letzten 8 Jahren hat die Zahl der in der Poliklinik behandelten

Kinder fast ständig zugenommen. Während im Jahre 1906 nur 1267 Kinder behandelt wurden, waren es im Jahre 1913 schon 1906.

Die meisten dieser Kinder mußten wiederholt in die Poliklinik kommen, so daß der tägliche Besuch sich auf 10—40 Kinder belief. Nur selten wurde die poliklinische Sprechstunde um 3 Uhr geschlossen, sie mußte oft bis 4 Uhr ausgedehnt werden. Es kamen bei älteren Kindern am häufigsten Erkrankungen der Respirationsorgane und Verdauungsorgane zur Behandlung, während im ersten Lebensjahr die Ernährungsstörungen im Vordergrund standen, und auch die Rachitis verhältnismäßig oft vorkam. Es wäre noch hervorzuheben, daß im letzten Jahre in der Poliklinik viele Kinder auf Oxyureneier systematisch untersucht wurden. Es stellte sich dabei heraus, daß bei einer großen Zahl von Kindern Eier gefunden wurden. Am sichersten waren die Eier im Analabstrich nachzuweisen, ein Verfahren, über welches demnächst an anderer Stelle ausführlich berichtet werden wird. Eine poliklinische Behandlung außerhalb der Klinik wurde nur in seltenen und unbedingt notwendigen Fällen ausgeübt.

Fig. 10.

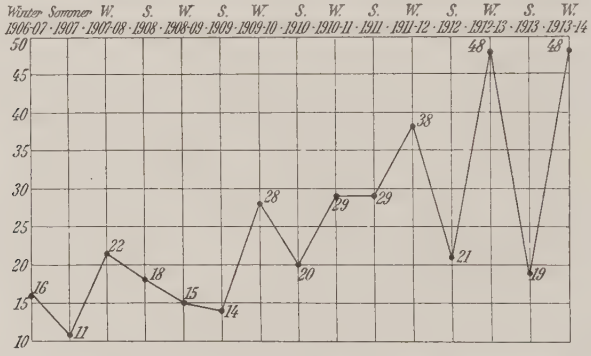


Curve über die Zahl der in den letzten 8 Jahren in der Kinderpoliklinik behandelten Kinder.

Der poliklinischen Sprechstunde für Kinder ist diejenige für die Rostocker Kostkinder angegliedert, welche 4mal wöchentlich abgehalten wird. Hier werden in fremder Pflege in Rostock befindliche, bis zu 2 Jahren alte Kinder beaufsichtigt, ärztlich untersucht und gewogen. Die Befunde werden von den drei Berufspflegerinnen für jedes Kind in ein besonderes Journal eingetragen und den Kostmüttern allgemeine Verhaltungsmaßregeln über Ernährung und Pflege gegeben. Erkrankt eines von diesen Kostkindern, so wird es den praktischen Aerzten in der Stadt überwiesen oder es wird bei Mittellosigkeit der Pflegeeltern poliklinisch behandelt. Sind die Kinder sehr schwer erkrankt, so werden sie auf die stationäre Kinderabteilung aufgenommen. Die ärztliche

Beaufsichtigung über diese Kinder fällt dem Kostkinderarzt zu. Mit diesem Posten ist bei der Reorganisation des Kostkinderwesens in Rostock im Jahre 1909 der ärztliche Leiter der medicinischen Kinderabteilung des Universitätskrankenhauses Prof. Dr. B r ü n i n g betraut worden, und die damals getroffenen Einrichtungen haben sich in jeder Weise, wie aus einer Arbeit von Dr. R ö m e r für die Jahre 1910/11 hervorgeht, bewährt. Für den klinischen Unterricht ist die Vereinigung der Kostkinderüberwachung mit der ärztlichen Leitung der medicinischen Kinderabteilung ein dringendstes Bedürfnis, da nur so die Möglichkeit gegeben ist, gelegentlich wirklich gesunde, gut gedeihende Brust- und Flaschenkinder den Studierenden vorzuführen. Auch haben die letzteren hier die Möglichkeit, zu lernen, wie die moderne Säuglingsfürsorge bestrebt

Fig. 11.



Curve über den Besuch der klinischen Vorlesungen im Wintersemester 1906/07 bis Wintersemester 1913/14.

sein sollte, für die in fremder Pflege befindlichen, der fortlaufenden Ueberwachung bedürftigen Kinder erfolgreich tätig zu sein.

Was nun noch die Lehrtätigkeit der medicinischen Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses anlangt, so wurde seit dem Winter 1906/07 in jedem Semester eine zweistündige Vorlesung über Kinderkrankheiten abgehalten. Obwohl diese Vorlesung nach der neuen Prüfungsordnung nur einmal gehört zu werden braucht, so wurde sie doch rege besucht.

Wie aus obenstehender Curve hervorgeht, hat die Zahl der Hörer in den Wintersemestern fast ständig zugenommen (vgl. Tafel XI), und zwar ist sie von 16 bis auf 48, d. h. um das Dreifache, gestiegen. Im Sommer war die Klinik stets weniger gut besucht. Die Zahl der Hörer betrug im Durchschnitt 18—20. Dies erklärt sich daraus, daß in den Wintersemestern alle medicinischen Kollegs reger besucht zu werden pflegen.

Da in der 2stündigen Vorlesung das große Gebiet der Kinderkrankheiten nicht annähernd erschöpft werden konnte, so wurde außerdem ein öffent-

liches Kolleg abgehalten, in dem wichtige und interessante Kapitel der Kinderheilkunde ausführlich und im Zusammenhang behandelt wurden, und zwar in den letzten 8 Jahren folgendes: Ernährung des Säuglings, diagnostisch-therapeutisches Colloquium am Krankenbett des Kindes, Kursus der physikal.-chemischen Diagnostik am Krankenbett des Kindes, Therapie im Kindesalter, ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Kinderheilkunde. Auch dieses öffentliche Kolleg wurde im allgemeinen gut besucht (6—22 Zuhörer). Schließlich wurde noch den älteren klinischen Semestern Gelegenheit gegeben, in der Häuslichkeit kranke Kinder aller Altersstufen aufzusuchen und ihren Krankheitsverlauf zu beobachten. Auch hiervon machten in jedem Semester einige Herren (1—6) Gebrauch.

Die vorstehenden Ausführungen genügen wohl, um den Beweis zu erbringen, daß die medicinische Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses nicht nur Existenzberechtigung besitzt, sondern es auch verstanden hat, trotz ungünstiger äußerer Verhältnisse sich in erfreulicher Weise zu entwickeln.

Es erhebt sich nun die wichtige Frage, nach welcher Richtung hin die medicinische Kinderabteilung verbesserungsbedürftig ist, um wenigstens modernen Ansprüchen zu genügen. Die hier erforderlichen Maßnahmen betreffen:

a) die klinische Station,

b) die Poliklinik,

c) die zum klinischen Unterricht gehörigen Räume und Utensilien.

Was die Mängel der stationären medicinischen Kinderabteilung anlangt, so beruhen dieselben in erster Linie auf den unzulänglichen Räumlichkeiten. Die älteren Kinder müssen, damit sie nicht durch den völlig andersartigen Betrieb auf der für die Säuglinge bestimmten Station fortwährend gestört werden, in einem Raume untergebracht werden. Wenn dies für Mädchen und Knaben im Alter bis zu etwa 10 Jahren kaum zu Unannehmlichkeiten zu führen braucht, so sind dieselben doch nicht mit absoluter Sicherheit zu vermeiden, wenn es sich um ältere Kinder handelt. Jedenfalls haben sich mehrfach Eltern beschwert, wenn ihre 13—14jährige Tochter mit gleichaltrigen Knaben in demselben Krankenzimmer untergebracht werden sollte, und in einem Falle wurde sogar die Aufnahme deshalb strikte abgelehnt. Die Unzulänglichkeit der Räumlichkeiten macht sich für ältere Kinder auch dann geltend, wenn schwerkranke oder sterbende Kinder auf der Station Aufnahme gefunden haben. Auch in solchen Fällen vermag die Verwendung spanischer Wände nicht immer den ungünstigen Eindruck zu verhindern, den weniger ernstlich kranke Kinder oder gar außer Bett befindliche Reconvalescenten, für welche ein besonderer Tagesraum fehlt, erhalten müssen. Dazu kommt, daß es unter

den obwaltenden Bedingungen auch unmöglich ist, besondere, der Ruhe bedürftige Krankheitsfälle, wie z. B. an Veitstanz, Krämpfen u. dgl. leidende Kinder von den übrigen abzusondern, so daß eine Heilung derartiger Affectionen zum mindesten verzögert, wenn nicht gar illusorisch gemacht wird.

Dieselben Schwierigkeiten der Unterbringung bestehen für die Säuglinge und die dem Säuglingsalter nahestehenden Kinder. Auch hier ist eine Trennung neuaufgenommener Kinder mit bei der Aufnahme unklarem klinischen Befund nicht möglich, sondern alle Säuglinge müssen, ohne gewissermaßen eine Quarantänezeit durchmachen zu können, sofort auf die Abteilung gelegt werden. Welche Gefahren mit dieser Methode verbunden sind, ergibt sich aber unschwer, wenn man die Säuglingskrankengeschichten für längere Zeit etwas eingehender verfolgt. Die infectiösen Katarrhe der oberen Luftwege, die bald als einfacher Schnupfen, Bronchitis und Angina, bald als schwere katarrhalische Pneumonie die kleinen Patienten befallen, machen von Zeit zu Zeit mit ziemlicher Regelmäßigkeit die Runde von Bett zu Bett und werfen nicht selten bei den chronisch ernährungsgestörten Kindern alle durch diätetische Maßnahmen erzielten Erfolge wieder über den Haufen, so daß die ärztliche Tätigkeit gerade auf dieser Abteilung eine wenig befriedigende ist und die oben (Seite 16) aufgeführten Mortalitätsziffern auch hierdurch zum Teil eine Erklärung finden. Dazu kommt, daß weder für die Säuglinge noch für die älteren Kinder die Möglichkeit besteht, Kinder mit beginnenden acuten Exanthemen, deren Diagnose trotz sorgfältigster Untersuchung nicht immer rechtzeitig gestellt werden kann, von den übrigen zu separieren, bevor ihre Verlegung auf die entsprechenden Abteilungen des Universitätskrankenhauses erfolgen darf.

Aber die Kinderabteilung ist nicht nur besserungsbedürftig bezüglich ihrer beschränkten Räumlichkeiten, sondern in demselben Maße auch, weil es so nur unter erschwerenden Umständen durchführbar ist, Kinder an die frische Luft zu bringen. Aeltere Reconvalescenten können allerdings bei günstigem Wetter in den Garten gehen; bettlägerige aber und Säuglinge müssen, falls sie frischer Luft teilhaftig werden sollen, ins Freie gefahren oder getragen und hier vom Pflegepersonal beaufsichtigt werden. Dieses Verfahren kommt wegen seiner Beschwerlichkeit immer nur wenigen Kindern zugute, und zwar namentlich auch deshalb, weil eine Verteilung der ohnehin nicht zu reichlichen Pflegerinnen im Interesse eines geregelten Stationsdienstes vermieden werden muß.

Die hier geschilderten ungünstigen Verhältnisse der medicinischen klinischen Kinderstation werden noch verstärkt durch die bestehenden Mängel in der Ernährung und Pflege kleiner Kinder. Natürliche Ernährung an der Mutter- und Ammenbrust kann wegen Platzmangels zur Unterbringung von Stillenden nicht durchgeführt werden, und die wiederholt geübte Methode, Stillfrauen aus der Stadt zum Mitanlegen kranker Säuglinge auf die Station

kommen zu lassen, muß wegen der Unmöglichkeit, den Gesundheitszustand derartiger Frauen genügend zu controllieren und ebenfalls wegen der Störung des klinischen Betriebes auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben, obwohl gerade von dieser Art der Ernährung unter Umständen das Leben des Kindes abhängt. So sind wir also mit verschwindenden Ausnahmen ausschließlich auf künstliche Ernährung unserer Säuglinge angewiesen. Für diese steht eine von einem benachbarten Gute stammende, ohne besondere Kautelen gewonnene Kuhmilch zur Verfügung, welche täglich frisch geliefert und in der Krankenhausküche kurz aufgekocht wird. Daß es aber auch hier zu unannehmlichen Verwechslungen kommen kann, erlebten wir unter anderem einmal, als uns mehrere Tage lang als Magermilch mit Wasser verdünnte Vollmilch geliefert war, und wir aus dem Befinden der mit dieser Milch gefütterten Säuglinge entnehmen mußten, daß die Kinder nicht die vorgeschriebene Nahrung erhalten hatten. Um derartige Störungen zu vermeiden, haben wir uns entschlossen, nach Möglichkeit die erforderlichen Nahrungsmischungen in unserer kleinen Teeküche selbst zu bereiten, ein Verfahren, welches allerdings bei den mehr als primitiven räumlichen Verhältnissen namentlich auch bezüglich der Frischhaltung und Aufbewahrung auf große Schwierigkeiten stößt.

Zu den hier erwähnten Mängeln der klinischen Abteilung tritt hinzu, daß auch in der kinderpoliklinischen Sprechstunde Aenderungen dringend erwünscht sind. Die Ambulanz beginnt um 2 Uhr in den Räumen, welche vielfach bis zu diesem Zeitpunkt von der medicinischen Poliklinik benutzt werden müssen. Eine Lüftung oder ein Aufräumen ist nicht selten, namentlich an den Tagen, an denen die Klinik vor den Studierenden abgehalten wird, unmöglich, und auch das poliklinische Laboratorium, welches für eventuelle Untersuchungen und Demonstrationen herangezogen werden muß, kann naturgemäß nicht immer in dem Zustande sein, wie es für die Zwecke der Kinderklinik wünschenswert erscheint. Dazu kommt, daß in den letzten Wintersemestern der poliklinische Hörsaal zur Abhaltung der Klinik räumlich kaum noch ausreichte, so daß bei weiterer Steigerung der Frequenz ein anderer Raum zu den klinischen und poliklinischen Demonstrationen gewählt werden muß.

Besonders unangenehm fühlbar macht sich das Fehlen geeigneter Laboratorien. Das notdürftig als solches eingerichtete, frühere Krankenzimmer kann nicht im entferntesten den Ansprüchen genügen, welche die moderne Wissenschaft erfordert, und in diesem Raume irgendwelche besonderen Einrichtungen zu schaffen, verbietet sich schon aus der Kleinheit des Zimmers. So ist es demnach auch nicht möglich, die Studierenden in wünschenswertem Maße mit den chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden, welche die Erkrankungen des Kindesalters erfordern, bekannt zu machen. Außerdem läßt sich die Abhaltung eines praktischen Kurses am Krankenbette des Kindes

kaum durchführen, solange die kleinen Patienten nur in den großen Räumen untergebracht werden müssen, in welchem bei Anwesenheit einer größeren Anzahl von Kursisten durch Schreien der Kinder der Stationsbetrieb leidet und die nicht zur Untersuchung herangezogenen Kinder gestört werden. Dies gilt nicht zuletzt auch im Interesse des klinischen Unterrichtes von den Kindern, welche an acuten Infectionskrankheiten leiden und leider für den Unterricht in der Kinderheilkunde nur poliklinisch gelegentlich verwertet werden können. Auch hier wäre eine Aenderung in dem Sinne anzustreben, daß der Lehrer der Kinderheilkunde die Möglichkeit erhält, wenigstens bis zu einem gewissen Alter an Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie und anderen ansteckenden Krankheiten leidende Kinder klinisch den Studierenden vorzustellen, damit dieselben möglichst ausgiebig Gelegenheit haben, diese in der späteren Praxis so häufigen und nicht selten folgenschweren Erkrankungen fortlaufend zu beobachten und ihre Behandlung im einzelnen kennen zu lernen.

Ebenso unzureichend wie die einzelnen Räumlichkeiten der medicinischen Kinderabteilung sind die zum Unterricht zur Verfügung stehenden Anschauungsgegenstände (Moulagen, Tafeln, Photogramme u. s. w.) und die Bibliothek. Wenn im Laufe der letzten Jahre auch einiges Demonstrationsmaterial und einige unumgänglich notwendige neuere Werke der Kinderheilkunde angeschafft werden konnten, und fortwährend in Poliklinik und Klinik auf interessante Krankheitsfälle zur bildlichen Aufnahme u. s. w. gefahndet wird, so ist doch nach jeder Richtung hin eine Vermehrung der genannten Utensilien und Unterrichtsgegenstände erwünscht.

Die vorstehenden Erörterungen sollen nicht weiter ins einzelne ausgesponnen werden. Sie mögen genügen, um zu zeigen, daß eine weitere gedeihliche Entwicklung der medicinischen Kinderabteilung unter den obwaltenden Bedingungen nicht mehr möglich ist, sondern nur zu erwarten steht, wenn für eine vollkommen selbständige medicinische Kinderklinik und Poliklinik die genügenden und geeigneten Räume mit Personal und zweckmäßiger Ausstattung beschafft werden. Erst dann wird es gelingen, auf der stationären Abteilung bessere Resultate zu erzielen als bisher, und erst dann wird die Anstalt der Allgemeinheit mehr nutzbar gemacht werden können (Ausbildung von Säuglingspflegerinnen u. dgl.), als es bis jetzt im Interesse des Landes Mecklenburg möglich war.

Zum Schluß habe ich die angenehme Pflicht, meinen innigsten Dank Herrn Prof. Dr. Brüning auszusprechen, der mir die Anregung zu dieser Arbeit gab und mir stets mit seinem Rat zur Seite stand.

Lebenslauf.

Am 7. Juli 1888 wurde ich, Alfred Kosmowski, in Kostschin (Provinz Posen) geboren. Meine Vorbildung zum akademischen Studium erhielt ich in Posen im Friedrich-Wilhelm-Gymnasium und dann im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Gymnasium, wo ich Ostern 1908 die Reifeprüfung bestand.

Die drei ersten Semester verbrachte ich in Berlin, die beiden folgenden in Rostock, wo ich im Sommer 1910 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nachdem ich auch die fünf klinischen Semester in Rostock studiert hatte, beendigte ich dort im Juni 1913 mein Staatsexamen.

Die ersten acht Monate meines praktischen Jahres brachte ich ebenfalls in Rostock im hiesigen Universitätskrankenhause zu (vier Monate in der Kinderklinik und vier Monate in der inneren Klinik). Seit dem 1. März 1914 bin ich an dem hiesigen hygienischen Institut als Medizinalpraktikant tätig.